

As Vivências do Doente em relação ao Período de Visita na Unidade de Tratamento Intensivo Coronário (UTIC)

The experiences of the patient for the period of visit in the Coronary Intensive Care Unit (UTIC)

Las vivencias del paciente durante el horario de las visitas en la Unidad de Tratamiento Intensivo

Coronario (UTIC)

Autores

Adélia Lopes¹, Ângela Dias², Dora Ferreira³, Estrela Veladeiro⁴, Jorge Cartaxo⁵, Marta Maia⁶, Liliana Claro⁷, Patricia Vidinha⁸,

César Fonseca⁹

¹ Enfermeira-Chefe UTIC, CHLN, ^{2,3,4,5,6,7,8} Enfermeiro, UTIC, CHLN ⁹ Enfermeiro, PhD, Universidade de Évora

Corresponding Author: adelia.lopes@chln.min-saude.pt

RESUMO

O internamento numa UCI caracteriza-se pela presença de pessoas vulneráveis, instáveis e em estado crítico em que o sofrimento e a morte estão constantemente presentes. O doente cardíaco crítico vivencia para além da perda de integridade física, uma alteração da sua auto-estima, da sua auto-imagem, da relação com os seus pares e do desempenho de papéis sociais, sendo isto gerador de sentimentos de exclusão social e familiar.

Objetivo: Identificar as vivências do doente face ao período de visita na UTIC (Unidade de tratamento Intensivo Coronário), de forma a melhorar a prestação de cuidados ao doente internado.

Processo Metodológico: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, transversal, descritiva, com análise de conteúdo dos dados obtidos por entrevista semi-estruturada.

Resultados: O contributo das visitas, a relação de confiança na equipa e o acompanhamento familiar foram as vivências mais evidenciadas pelo doente cardíaco em relação ao período de visita na UTIC.

Conclusão: O estudo analisado indica-nos uma clara necessidade de mudança no que se refere à atual norma de visita na UTIC. Realça a necessidade de um maior acompanhamento familiar que se exprime numa personalização do horário de visita, definido pelo alargamento do horário, pela duração e número de visitas.

Palavras-Chave: Vivências do Doente Cardíaco Crítico, Unidade de Cuidados Intensivos, Visita Familiar/Pessoa Significativa.

Abstract

The hospitalization in an Intensive Care Unit is characterized by the presence of vulnerable, unstable and critical condition, where suffering and death are constantly present. The cardiac critically ill patient experiences, in addition to loss of physical integrity, a change in their self-esteem, self-image, the relationship with their peers and the performance of social roles which generates social exclusion feelings.

Purpose: Identify the experiences of the patient against the visiting period in the Coronary Intensive Care Unit in order to improve healthcare to the patient hospitalized.

Methodological Process: Qualitative, cross-sectional, descriptive study with content analysis of data from semi-structured interview.

Results: The contribution of the visits, the trust in the team and family support were the experiences more evidenced by the cardiac patient in relation to the period of visit in the Coronary Intensive Care Unit.

Conclusion: The analysis in the study indicates a clear need for change in relation to the current regulation of the visits in the Coronary Intensive Care Unit. The study highlights the need for more family support that is expressed in a personalized visit schedule, set by the extension of time, the duration and number of visits.

Key Words: Experiences of Cardiac Critically Patient, Intensive Care Unit, Visit Period

INTRODUÇÃO

O indivíduo ao longo do seu percurso de vida vive em constante mudança (interna e externa) e integra-se num contexto social e familiar que o influencia e o acompanha em todas as fases da sua vida. Aquando do processo de transição saúde/doença, irá ser alvo de mudanças biopsicossociais que são uma fonte de stress e podem corresponder a situações de crise (Campos, 2014). Não é apenas um evento, mas pressupõe uma organização e auto redefinição do indivíduo para incorporar a mudança na sua vida. Em momentos de crise e mais complexos pode culminar com a hospitalização, cujo seu papel/responsabilidade, capacidade funcional, exige uma nova readaptação face à sua nova condição de vida (Bridges, 2004). Quando protagoniza uma situação de crise, num ambiente de hospitalização, é imperativo falar da família: a presença desta constitui um importante recurso na satisfação das suas necessidades, pois é no seio da sua família que o indivíduo habitualmente se desenvolve e se reconhece (Andrade e Sousa, 2000; Bridges, 2004).

As UCI caracterizam-se como sendo uma área diferenciada e multidisciplinar que abordam especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais. Assentam num conjunto de ações e procedimentos – humanos e instrumentais, compreendendo a monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados em função das necessidades do doente, 24 horas por dia. (Ministério da Saúde, 2003)

Fernandes (2015) menciona que a especificidade das suas características físicas, estruturais,

tecnologia sofisticada e a condição crítica da pessoa doente, poderá gerar sentimentos de desvinculação, medo e ansiedade vivenciados pelo doente estando estes habitualmente acentuados.

A visita, sendo uma das formas de expressão de apoio social, é legalmente vista como um direito de qualquer doente internado (Carta dos Direitos do Doente Internado), estando o direito ao acompanhamento familiar consagrado no Decreto-Lei nº15/2014 de 21 Março.

O direito ao acompanhamento familiar é também um desígnio consagrado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, sendo um dever do enfermeiro promover a humanização dos cuidados de enfermagem, considerando a pessoa alvo dos seus cuidados enquanto uma “totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (art. 89, Código Deontológico do Enfermeiro, 2009).

Sensível a esta humanização dos cuidados e através da prática diária da equipa de enfermagem, surgiu a necessidade de identificar as vivências do doente em relação ao período de visita na UTIC, objetivo central deste estudo. Pretende-se a melhoria dos cuidados de enfermagem ao nível do acompanhamento familiar do doente cardíaco em estado crítico, tendo em vista a prestação de cuidados de excelência (Oliveira, 2011).

O paradigma do cuidado holístico e individualizado à pessoa em situação crítica e sua família requer dos enfermeiros uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar (Silva, 2007; Oliveira, 2011). De facto, nos serviços com pessoas em situação crítica os cuidados de enfermagem são associados à técnica e à

agilidade dos procedimentos, tornando o ambiente da UCI hostil, agressivo e despersonalizante (Kyriakidis e Stannard, 2011). A preocupação dos profissionais de saúde em manter a estabilidade hemodinâmica do doente crítico, a complexidade dos cuidados e a realização de procedimentos invasivos conduz a uma prática de enfermagem baseada na satisfação das necessidades do doente, com o objetivo de tratar a doença e detectar complicações o mais precocemente possível (Zaforteta et al, 2003; Kyriakidis e Stannard, 2011). Neste contexto, a componente relacional e emocional entre profissional de saúde, doente e família surge muitas vezes comprometida. Martin, 2012; Silva, 2015) justificam que a principal dificuldade sentida pelos enfermeiros numa UCI baseia-se na falta de tempo ou disponibilidade para estabelecer a relação terapêutica de qualidade que facilite a expressão dos sentimentos.

Em ambiente de UCI onde foi desenvolvido o presente estudo, os profissionais de saúde deparam-se com esta necessidade em melhorar na sua prática diária a satisfação das necessidades emocionais e relacionais dos doentes, considerando esta tão importante quanto a manutenção da estabilidade hemodinâmica do doente.

Os cuidados de enfermagem prestados a pessoas vulneráveis, instáveis e em estado crítico, com um elevado grau de risco de vida, em que as condições clínicas se podem alterar constantemente, pode condicionar a capacidade do profissional em se dedicar de forma mais efetiva à satisfação das necessidades emocionais e relacionais do doente e família

(Castro et al, 2011). Este sentimento é vivenciado pela equipa de saúde da UTIC. Assim, já existe da parte dos profissionais a consciência do quanto é importante o acompanhamento familiar na recuperação e bem-estar do doente. A equipa de enfermagem pretende melhorar as suas práticas através da formação e preparação relativamente a esta visão global do doente enquanto ser bio-psico-sócio-cultural, privilegiando o acompanhamento familiar como complemento dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde durante o internamento.

Em suma, o presente estudo serve não só para identificar as vivências dos doentes em relação ao Período de Visita na UTIC, como permitir aos profissionais a melhoria dos cuidados prestados através do envolvimento da equipa multidisciplinar reflectindo-se sobre a prática de prestação de cuidados em ambiente de UCI e consciencializando-os para a importância da visita enquanto suporte social do doente. Surge assim, a questão de investigação: Quais as Vivências do Doente em relação ao Período de Visita na UTIC - Unidade de Tratamento Intensivo Coronário?

CONCEITOS

Vivências do Doente Cardíaco Crítico – a pessoa com doença cardíaca vê-se obrigada a adaptar-se continuamente às alterações funcionais que advêm da doença, dado que na maior parte das vezes a patologia evolui para uma componente crónica, incapacitante e de prognóstico não favorável (Cardoso, 2008). Este aspecto, apreendido pelo doente e família, terá consequências ao nível da autoestima, das suas relações interpessoais e da sua capacidade

funcional (Cardoso, 2008; Sá et al, 2015). Emergem sentimentos relativamente à perda da integridade física e autonomia, geradores de angústia, ansiedade e depressão, estando o medo de morrer ainda mais acentuado nos doentes cardíacos, pela conotação que este órgão vital tem para a sobrevivência humana, sendo também muito associado à esfera das emoções (Levy, sem data).

Visita Familiar/Pessoa Significativa – o momento da visita é considerado de extrema importância para o doente internado, por se sentir acompanhado e cuidado pela família, reencontrando-se consigo próprio e com o bocado de si que pertence aos outros (Sousa e Andrade, 2000). A visita ajuda a aliviar o processo de hospitalização, competindo ao enfermeiro assegurar o direito da presença da família junto do doente, incentivando a sua participação no processo de cuidar (Szareski et al, 2010; Oliveira, 2011).

METODOLOGIA

De forma a dar resposta à nossa questão de investigação - “Quais as vivências do doente em relação ao período de visita na UTIC?” – optou-se por realizar uma pesquisa inserida no paradigma qualitativo, do tipo transversal e descritivo.

Procedeu-se à colheita de dados através de uma entrevista semi-estruturada, até saturação de campo, com um total de onze entrevistas. Optou-se por este método como técnica de recolha de dados por permitir a liberdade no diálogo entre o entrevistado e o entrevistador, através de questões abertas, tendo por base um guião orientador (Bogdan e Biklen, 2006). Bardin

(2007) e Ghiglione e Matalon (2005) referem que a entrevista semi-estruturada é uma técnica de colheita de dados adequada para apreender a perspectiva dos participantes sobre a problemática em causa, na medida em que constitui uma forma de perceber e diagnosticar preocupações, desejos e experiências dos mesmos.

Para a salvaguarda de todos os aspectos relacionados com os pressupostos éticos, foram realizados todos os procedimentos com base nos critérios da comissão de ética e obtida a respectiva autorização (comissão de ética do Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria). Ao longo do presente estudo, tentámos garantir a presença permanente dos princípios e valores da dignidade, justiça, equidade, solidariedade, participação e ética profissional, como sugere Momberg (1998).

Os doentes foram informados dos objetivos do estudo, convidados a participar de forma voluntária e anónima, bem como, garantida a confidencialidade dos dados. Foi também informada a possibilidade da recusa ou interrupção da participação e explicado o procedimento associado ao tratamento e armazenamento dos dados.

Recorreu-se à entrevista semiestruturada Oliveira (2011), o guião de entrevista ao doente subdividiu-se em três secções: I – Informação e consentimento; II – Caracterização sociodemográfica; III – Guião da Entrevista. Os dados obtidos foram sujeitos a análise de conteúdo (Bardin, 2009), com categorização à *posteriori*.

A amostra, não probabilística e acidental,

obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: internamento com duração igual ou superior a 72 horas; score de 15 na Escala de Coma de Glasgow; português como língua materna e ter recebido pelo menos uma visita durante o internamento. A colheita dos dados efectuou-se entre Novembro de 2015 e Janeiro de 2016.

RESULTADOS

Variáveis Sociodemográficas

Os dados colhidos referem-se à amostra do estudo e são válidos apenas para a população em que as entrevistas foram aplicadas. A média de internamento dos doentes entrevistados correspondem a 10 dias. Verifica-se que a idade varia entre os 35 anos e os 83 anos. A média de idades situa-se nos 62 anos. Tal como se pode verificar no gráfico 1 a maior parte dos doentes entrevistados situa-se na faixa etária dos 51-70 anos, sendo seguido pela faixa etária dos 71-85 anos.

Das entrevistas efetuadas verificou-se que relativamente ao género dos doentes 64% são do sexo feminino e 36% do sexo masculino, com o estado civil de casados/ em união de facto 46% e viúvos (36%).

Quanto à Formação Literária, observa-se que 55% dos doentes entrevistados possuem o 1º Ciclo de escolaridade, seguindo o ensino Secundário com 18% dos doentes.

Observou-se ainda dos doentes entrevistados que 55% são reformados e 45% desempenham uma atividade profissional.

Análise de Conteúdo: Temas e Categorias

Neste estudo através da metodologia evidenciada, com análise de Bardin e categorização à posteriori, emergiram 3 temas centrais: Contributo das Visitas (quadro 1), Relação de Confiança e Segurança na Equipa (quadro 2) e Acompanhamento Familiar (quadro 3).

Foram criadas Categorias e Sub-Categorias que são suportadas pelas Unidades de Significação. No tema **Contributo das Visitas** (Quadro 1) divide-se em três categorias: Bem Estar, Apoio Emocional e Afetivo e Acompanhamento e Envolvimento nos Cuidados, sendo que o Bem estar é manifestado pelos doentes entrevistados em Sub-Categorias, tais como, Auto-Estima, Ânimo e Força.

Para a categoria Apoio Emocional e Afetivo, obtiveram-se 4 sub-categorias, sendo a mais valorizada pelos doentes entrevistados a Presença.

No Acompanhamento e Envolvimento nos Cuidados, as subcategorias identificadas foram o Apoio no Autocuidado, Auxílio e Capacitação, sendo o Apoio no Autocuidado a sub-categoria com maior expressão por parte dos doentes.

Quadro 1 - Tema: Contributo da Visitas

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de Significação	Unidades de Enumeração
Bem Estar	<ul style="list-style-type: none"> Auto-Estima Ânimo Força 	<ul style="list-style-type: none"> " (...) aumenta a nossa auto-estima (...)" E5, E7 "Dão-me ânimo (...)" E6, E8, E11 " (...) e dão-me força (...)" E4, E11 	4
	<ul style="list-style-type: none"> Amor Carinho Presença 	<ul style="list-style-type: none"> " (...) Amor (...) carinho (...)" E7 	8

Apoio Emocional e Afetivo	<ul style="list-style-type: none"> Apoio Espiritual 	<ul style="list-style-type: none"> "Companhia (...) para não nos sentirmos sozinhos " E3, E4, E5, E8, E9 " (...) dizem que rezam por mim para eu me sentir melhor também" E11 	
Acompanhamento e Envolvimento nos Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> Apoio no Autocuidado Auxílio Capacitação 	<ul style="list-style-type: none"> " (...) auxiliar-nos na refeição (...) " E3, E5 " (...) eles acompanham-me (...) " E3 " (...) se tivéssemos uma visita sempre nos ajudava (...) " E5 	2

No Tema **Relação de Confiança e Segurança na Equipa** (Quadro 2) obteve-se a categoria

Satisfação, como subcategoria mais relevante destaca-se o Acompanhamento pela Equipa.

Quadro 2 - Tema: Relação de Confiança e Segurança na Equipa

Categorias	Subcategorias	Unidades de Significação	Unidades de Enumeração
Satisfação	<ul style="list-style-type: none"> Cuidar em Presença Acompanhamento pela Equipa Promoção de Momentos de Descanso 	<ul style="list-style-type: none"> " (...) Precisamos é do pessoal médico, enfermeiros, dos assistentes (...) " E4 " (...) Sinto-me acompanhado (...) não tenho receio de estar sozinho (...) está sempre alguém presente " E2, E5, E10 " (...) estou calma, estou sossegadinha, sou bem tratada (...) " E10 	5

O Comportamento Atual e as Necessidades de Mudança foram as duas categorias identificadas no tema **Acompanhamento Familiar** (Quadro 3). As sub categorias que mais se destacaram

foram a Organização Laboral para a Categoria Comportamento Atual e a Duração de Visita e Número de Visitas dentro da categoria Necessidades de Mudança.

Quadro 3 - Tema: Acompanhamento Familiar

Categorias	Sub-Categorias	Unidades de Significação	Unidades de Enumeração
Comportamento Atual	<ul style="list-style-type: none"> Dinâmica familiar Organização Laboral Gestão Controlada de Visitas Gestão de Tempo 	<ul style="list-style-type: none"> "As pessoas vêm de longe, têm os empregos deles (...) aproveitam mais o fim de semana para visitar (...) " E7, E8 " (...) perante o horário laboral (...) só pode vir no final " E2, E8, E9, E11 " (...) coordenam-se para vir às visitas (...) " E7, E8 "Não interessa a ninguém. É muito apertado." E6, E7 	9
Necessidades de Mudança	<ul style="list-style-type: none"> Horário Duração de Visita Número de visitas 	<ul style="list-style-type: none"> "Sugeria em vez de começar às 4 começar às 2 (...) haver um periodozinho da manhã nem que fosse uma hora ou duas (...) " E6, E11 "Gostava que fosse só mais longo o tempo de visita (...) Podia ser um bocadinho mais alargado " E5, E11 " (...) pelo menos 3 (...) desde que não haja outras intervenções..." E6 	4

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As vivências resultantes da experiência de um internamento numa UCI terão sempre um carácter individual e único, uma vez que cada pessoa é um ser único e vive cada situação de forma particular, em função da sua experiência de vida (Oliveira, 2011; Sá, 2015).

Tendo em conta esta perspectiva, irá refletir-se nas vivências dos doentes relativamente ao período de visita na UTIC, abordando separadamente cada categoria, que compõem o tema central do fenómeno em estudo, interpretando as unidades de significação encontradas a partir da análise das entrevistas.

Contributo das Visitas

Tem-se verificado uma preocupação crescente por parte das instituições de saúde em criar mecanismos que permitam proporcionar ao doente o direito de acompanhamento familiar. Para Andrade (2000) “ as visitas ajudam a suportar a hospitalização em todos os seus aspectos, incluindo o sofrimento causado pela doença ou pelos seus tratamentos”.

Para além de diminuir o impacto decorrente da hospitalização, Brasil (2004) considera que o visitante contribui no sentido de manter a continuidade entre o contexto de vida na família, na comunidade e no ambiente hospitalar. Nesta perspectiva, a visita é um elo entre o doente e o seu contexto social de vida, sendo reforçada a continuidade da vida do doente internado.

Verificou-se que os doentes evidenciaram que a visita lhes proporciona Bem Estar, Apoio Emocional e Afetivo e Acompanhamento e Envolvimento nos Cuidados.

“Dão-me ânimo e brincam comigo e dão-me força por me sentir melhor (E11). “ (...) aumenta a nossa auto estima (...), se as pessoas que nós mais amamos, mais queremos nos visitam então é sinal que nós somos estimados por eles, que nos amam.(E7) “(...) se tivéssemos uma visita sempre nos ajudava a dar um copo de água ou a auxiliar-nos na refeição” (E5)

Os resultados obtidos entram em concordância com outros estudos em que os doentes também mencionaram que as visitas contribuem para a existência de sentimentos de tranquilidade e de segurança, períodos de solidão menos longos e penosos, melhorando assim o seu bem estar (Andrade, 2000; Sá, 2015). Também Oliveira (2011) conclui que as visitas são importantes para o bem estar do doente, uma vez que transmitem uma sensação de segurança e permitem ao doente perceber que a família está com eles, sendo este tipo de apoio necessário para uma rápida recuperação.

Relação de Confiança e Segurança na Equipa

As vivências dos doentes internados na UCI estão geralmente associados a sentimentos negativos, tais como medo da morte e a ansiedade em relação ao estado clínico. Todavia também se encontram aspectos positivos nesse internamento, como a amabilidade dos enfermeiros, a empatia e a segurança na prestação dos cuidados (Castro, Vilelas, Botelho, 2011).

Havendo um “processo de separação do mundo”, os doentes evidenciaram que não só é importante o contributo da visita na recuperação do seu bem estar, como também referiram que uma Relação de Confiança e Segurança na Equipa é essencial.

“(...) mas estou satisfeita, muito até com o serviço, só tenho a dizer bem, nada de mal de todo o pessoal (...)” E3

“Nós aqui precisamos é do pessoal medico, enfermeiros, dos assistentes , (...) é um apoio (...) faz mais falta.” E4

“(...) sinto-me acompanhada, (...) não tenho receio de estar sozinha, se houver qualquer coisa chamo, está sempre alguém presente.”

E5

À semelhança desses resultados, também Oliveira (2011), refere que os doentes no seu estudo destacam a conduta responsável e o adequado acompanhamento dos profissionais de saúde como forma de minimizar o impacto negativo do internamento.

Acompanhamento Familiar

A maioria dos estudos conclui que promover a presença da família é essencial na prestação dos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica, já que esta pode constituir um elo de ligação entre o doente e a equipa de saúde, conhecendo melhor as necessidades do seu doente (Martin, Sousa e Batista, 2014; Silva, 2015).

Contudo, este acompanhamento familiar está dependente de vários factores inerentes à própria Dinâmica Familiar, Organização Laboral e à necessidade de uma Gestão Controlada de Visitas e do Tempo em função da norma de visita em vigor.

“as pessoas vêm de longe, têm os empregos deles, tem essas coisas, não é, aproveitam mais o fim de semana para visitar o doente.... Durante a semana é mais complicado ... as pessoas têm trabalho.” E8

“(...) eles coordenam-se para vir às visitas (...)” E7, E8

Após a análise dos relatos dos doentes verificou-se uma necessidade de mudança relativamente ao Horário, Duração da Visita e Número de Visitas.

“Sugeria que em vez de começar às 4, começar às 2 (...) Até às 8 da noite!” E6

“Por exemplo, do meio-dia às duas, e depois das quatro às oito por exemplo, haver um periodozinho da manhã nem que fosse uma hora ou duas. (...)” E11

Para Oliveira (2011), num serviço de cuidados intensivos, caracterizado pela gravidade do estado dos doentes internados, a adequação do horário de visita é um factor importante para o bem estar, sendo contudo invulgar na realidade das instituições de saúde, concretamente nestes serviços altamente diferenciados.

CONCLUSÃO

Tem-se plena consciência que o estudo efetuado não esgotou de modo nenhum o tema apresentado e que as vivências do doente em contexto de UCI são complexas e únicas.

A vivência do doente quando internado numa Unidade de Cuidados Intensivos faz emergir uma série de sentimentos e desafios significativos, que poderão influenciar a sua recuperação e bem estar aos mais diversos níveis.

Esta transição é marcada por uma ruptura com o seu contexto social e familiar e a dependência de cuidados de saúde assume-se com grande impacto.

O direito ao acompanhamento familiar é um importante recurso que minimiza e ajuda a suportar o sofrimento decorrente desta vivência

por parte do doente. Assume-se como um momento de excelência, em que o doente passa a ser o principal actor neste “enredo” e os seus sentimentos de medo, receio e angústia parecem ser neutralizados/apaziguados por esta fonte de relações que se estabelecem no seio familiar.

Obteve-se através do estudo realizado, diversas e riquíssimas vivências dos doentes relativamente ao contributo das suas visitas. De realçar que a maioria dos entrevistados considera que a sua visita lhe proporciona bem estar, apoio emocional e afetivo e claramente assume-se como um apoio e fator de capacitação no envolvimento no autocuidado (especificamente alimentar-se). De certa forma, também não foi surpresa o facto de os doentes demonstrarem nas suas entrevistas a relação de confiança e segurança que têm na equipa como importante e decisiva na minimização do impacto negativo do internamento. Destaca-se neste item que quando os profissionais de saúde prestam cuidados em presença do seu familiar, o próprio doente manifesta-se com um grau de satisfação mais elevado, pelo que a confiança e segurança na equipa aumenta e obtêm-se cuidados de excelência adaptados às reais necessidades do doente.

Este estudo proporcionou uma evidência valiosa, na medida em que para se vivenciar esta transição saúde/doença de forma saudável, surge a necessidade da definição de estratégias da equipa de saúde, que apontem para uma maior personalização ajustada às necessidades de cada doente.

Para os doentes entrevistados, é fundamental um maior acompanhamento familiar que se exprime numa personalização do horário de

visita, definido pelo alargamento do horário, pela duração e número de visitas.

IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA PROFISSIONAL

À luz dos resultados do estudo é pertinente integrá-los na nossa prática diária, sendo um estímulo para a mudança, que passa pela consciencialização e sensibilização dos profissionais de saúde para a vertente do acompanhamento familiar como um importante aliado na recuperação do doente, pela personalização de horários de visita adequados às necessidades do doente e família e pela promoção do envolvimento da família no autocuidado.

A necessidade de mudança é um desafio e ao abraçá-la estaremos a caminhar para a excelência dos cuidados de saúde prestados ao doente crítico num ambiente altamente vulnerável - a UCI.

Torna-se então necessário que os enfermeiros/equipa de saúde analisem e discutam as suas práticas, incentivando-se a compreender as necessidades dos doentes, com vista a prestar cuidados que vão ao encontro da satisfação dessas mesmas necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2009) - *Análise de Conteúdo*. 4ª Edição. Lisboa: Edições 70;
- Bogdan, R. & Biklen, S. (2006). “Investigação Qualitativa em Educação”. Porto: Porto Editora;
- Brasil, Ministério da Saúde (2004). *Visita Aberta e Direito a Acompanhante* (em linha). *Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*, 1ªed. Brasília;

- Bridges, W. (2004) - *Transitions: Making sense of life's changes*. Cambridge: Da Capo Press;
- Castro, C.; Vilelas, J.; Botelho, M.A.R. (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*. Volume 15;
- Cardoso, G., Trancas, B., Luengo, A., Reis, D. (2008). Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com relevância clínica. *Rev Port Cardiol*, 27(1), 91-109;
- Decreto Lei nº15/2014 de 21 de Março. *Diário da República*, nº57 - 1ª Série. Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde;
- Fernandes, J.; Silva, A. (2015). Os significados do Cuidado de Enfermagem à Família numa Unidade de Cuidados Intensivos. Forum do Doente Crítico. II *Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto. XII Congresso do Arco Iberoatlaântico*. Fevereiro de 2015. Volume 1;
- Martin, D.; Batista, T.; Sousa, P. (2014). Necessidades dos Familiares do doente crítico internado numa Unidade de Cuidados Intensivos: Perspectiva do Enfermeiro. *Sinais Vitais* (nº114), 15-26;
- Momberg (1998). Políticas de Salu: Ética en la Asignación de recursos. In Calvent, M.M.G. *Ética y Salud*. Granada: Escuela Andaluza de salud Pública. 77-87;
- Oliveira, P. (2011). *Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei N.º 111/2009 de 16 de Setembro*. Código Deontológico;
- Portugal, Ministério da Saúde (2003). *Direcção de Serviços de Planeamento – Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde;
- Sá, F.; Botelho, M.; Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem* 1 (19),31-46;
- Silva, A.P. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir* (55), 11-20;
- Sousa, E. & Andrade, S. (2000). Opinião de Doentes e Enfermeiros acerca das Visitas aos Doentes Hospitalizados. *Revista Referência*, (4), 39-45;
- Szareski, C.; Beuter, M. & Brondani, C. (2010). O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, vol.31 (4);
- Zaforteta, C.; e tal. (2003). Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación com los familiares del paciente crítico? *Enfermería Intensiva*. Nº3.